Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Utilisation des services de santé l'année avant le suicide chez les adultes en Alberta

par Kenneth B. Morrison et Lory Laing

Juillet 2011

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Utilisation des services de santé l'année avant le suicide chez les adultes en Alberta

par Kenneth B. Morrison et Lory Laing

Résumé

Contexte
Le taux de suicide en Alberta est systématiquement supérieur à la moyenne nationale. Les profils d'utilisation des soins de santé des personnes qui se suicident en Alberta sont inconnus à l'heure actuelle.

Données et méthodes
Les enregistrements de décès des personnes de 25 à 64 ans dans lesquels le suicide était codé comme étant la cause initiale du décès pour la période allant du 1er avril 2003 au 31 mars 2006 ont été sélectionnés pour l'étude. Ces enregistrements de décès ont été couplés aux données des dossiers administratifs concernant les visites chez le médecin, les visites à un service d'urgence, les sorties de l'hôpital et les visites à un centre de santé mentale communautaire. Le groupe témoin était la population albertaine de 25 à 64 ans ne s'étant pas suicidée. Des estimations de fréquence ont été produites pour déterminer les caractéristiques de la population étudiée. Les rapports de cotes reliant les caractéristiques démographiques, l'exposition aux services de soins de santé et la situation de cas ou de témoin ont été estimés par la régression logistique.

Résultats
Près de 90 % des suicidés avaient eu un contact avec les services de santé l'année avant leur décès. Le nombre moyen de visites par personne était de 16,6 chez les suicidés, comparativement à 7,7 chez les non-suicidés. La plus grande partie de l'utilisation des services de soins de santé par les personnes qui se sont suicidées semble avoir été dictée par des troubles mentaux.

Interprétation
L'information au sujet de la prestation de services de santé aux personnes qui se suicident peut orienter les efforts de prévention et d'intervention.

Mots-clés
Services médicaux d'urgence, médecins de famille, accessibilité des services de santé, couplage des dossiers médicaux, santé mentale, comportement autodestructeur.

Auteurs
Kenneth B. Morrison (1-780-240-1912, kenmorrison@gov.ab.ca) travaillait auparavant à Alberta Health and Wellness et est maintenant au service d'Alberta Children and Youth Services, à Edmonton (Alberta) T5K 2N2. Lory Laing (1-780-492-6211, llaing@ualberta.ca) travaille à l'Université de l'Alberta, à Edmonton (Alberta) T6G 2T4.

La santé mentale, particulièrement le trouble dépressif, est un important prédicteur du suicide[1-4]. Presque par définition, les personnes qui se suicident souffrent de détresse, de sorte que les contacts avec les services de soins psychiatriques et de soins primaires sont fréquents au cours de la période qui précède leur décès[1,5-8].

En moyenne, une personne se suicide chaque jour en Alberta. En cinq ans, de 2002 à 2006, plus de 2 000 Albertains se sont donné la mort, soit plus de 400 par année, en moyenne. Parmi les provinces, l'Alberta se classe au deuxième rang, après le Québec, en ce qui concerne le taux de suicides[9]. Alors que les efforts de prévention du suicide visent souvent les jeunes et les personnes âgées, en Alberta, la plupart des suicides ont lieu chez les personnes d'âge moyen.

L'objectif de la présente étude, qui est fondée sur des données administratives couplées sur les Albertains de 25 à 64 ans, est d'examiner les profils d'utilisation des services de santé des personnes qui se sont suicidées. La plupart des travaux de recherche antérieurs effectués en se servant de données administratives pour étudier le suicide étaient limités à un seul type de contact avec le système de soins de santé, et peu d'études fournissaient des renseignements sur les contacts avec les médecins dans divers contextes[10]. Une étude danoise[11] visant à regrouper des dossiers administratifs ayant trait à la santé a révélé une prévalence élevée de morbidité psychiatrique et un taux élevé de contacts avec les médecins généralistes pendant la période proche du suicide. Cependant, il est difficile de généraliser les résultats de cette analyse, parce qu'aucun groupe témoin n'a été utilisé et que les renseignements diagnostiques n'ont pas été présentés.

La présente étude des Albertains adultes qui se sont suicidés comprend à la fois un groupe témoin (la population albertaine qui ne s'est pas suicidée) et des renseignements diagnostiques détaillés. Les sources de données appariables ont trait aux visites chez le médecin, aux visites au service de consultations externes (service d'urgence), aux hospitalisations et aux services de santé mentale communautaires. L'accent est mis sur l'utilisation des services de soins de santé au cours de l'année avant le suicide, c'est-à-dire la période durant laquelle il aurait été possible d'intervenir.

Méthodes

Plan de l'étude

Le couplage d'enregistrements et un plan d'étude cas-témoins représentative de la population ont été employés pour étudier l'utilisation des services de santé et les caractéristiques démographiques des Albertains adultes qui se sont suicidés et ceux qui ne l'ont pas fait. Les enregistrements de décès[12] ont été couplés aux enregistrements des services de santé en utilisant un numéro d'identification personnel unique obtenu par couplage déterministe avec les fichiers des registres d'Alberta Health and Wellness (AHW)[13]. Les données sociodémographiques disponibles comprenaient le sexe, l'âge, le lieu de résidence et la catégorie de subvention de la prime d'assurance-soins de santé. Le plan de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de l'Alberta.

Sélection des cas et des témoins

Cas

Dans une base de données sur la mortalité tenue à jour par Alberta Health and Wellness[12], nous avons sélectionné les enregistrements pour lesquels le code de la cause initiale du décès correspondait au suicide (codes X60 à X84 de la CIM-10) pour la période de trois ans allant du 1er avril 2003 au 31 mars 2006. Les enregistrements ont été limités aux personnes de 25 à 64 ans résidant en Alberta. Un numéro de santé personnel était disponible pour 99 % (933/940) des suicidés. Pour nous assurer que tous les cas ont été exposés à des services de santé possibles pendant un an avant le décès, nous avons limité la sélection aux personnes dont le dossier était actif dans le registre d'AHW l'année de leur décès et un an auparavant. En dernière analyse, nous avons sélectionné ainsi 854 cas de suicide pour l'étude.

Témoins

Comme l'objectif était de comparer les caractéristiques des personnes qui s'étaient suicidées à celles de la population générale, nous avons sélectionné les personnes de 25 à 64 ans inscrites pour recevoir des services de santé en Alberta durant l'exercice 2004-2005 (l'année médiane de la période de sélection des cas de suicide). Les enregistrements sélectionnés représentaient environ 99 % de la population de l'Alberta faisant partie de ce groupe d'âge à l'époque. Les cas de suicide ont été supprimés. Des sous-groupes particuliers, tels que les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, ont été désignés pour des analyses supplémentaires. La sélection des témoins a également été limitée aux personnes dont le dossier dans le registre d'AHW était actif durant l'exercice en question et un an auparavant. Un total de 1 752 323 témoins ont été utilisés pour l'étude.

Sources des données

Le suivi de l'utilisation des services de santé par les personnes qui se sont suicidées a débuté le 1er avril 2002. Des données rétrospectives étaient disponibles pour au moins un an pour tous les sujets. Les hospitalisations considérées comme étant liées au suicide proprement dit (même date) ont été exclues de l'analyse.

La référence pour tous les identificateurs des bénéficiaires dans les données d'AHW est le registre de l'Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP). Le registre contient des renseignements démographiques et géographiques de base sur les Albertains admissibles aux services de santé[13]. Durant la période de référence de l'étude, le registre a également été utilisé pour recueillir les primes d'assurance-soins de santé. En se fondant sur les catégories de subvention de la prime de l'AHCIP, on a élaboré une variable de substitution socioéconomique[14] comportant les catégories : pas de subvention, subvention, Premières Nations et aide sociale (bien-être). Les quatre catégories sont mutuellement exclusives.

Les dépôts de données administratives d'AHW comprennent un système de traitement des demandes de remboursement qui effectue le paiement des fournisseurs de soins pour les services facturables; ce système contient des données sur le bénéficiaire, le fournisseur, le service et le diagnostic. Sont également disponibles les fichiers de données sur la morbidité hospitalière, qui contiennent des renseignements sur le diagnostic et les interventions pour les personnes hospitalisées. L'information sur les services de santé prodigués par les services de consultations externes (services d'urgence) a été tirée de l'Alberta Ambulatory Care Classification System. Des données ont également été obtenues auprès de l'Alberta Mental Health Board pour les services prodigués par l'entremise des services de santé mentale communautaires.

En ce qui concerne les visites chez le médecin, les diagnostics ont été codés conformément à la Classification internationale des maladies (CIM) – Version 9. Les diagnostics des dossiers de visite au service d'urgence et de sortie de l'hôpital ont été codés selon la CIM-10. Les diagnostics posés par les services de santé mentale communautaires ont été codés conformément au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition*, puis convertis à la CIM-9.

Analyses

Nous avons estimé les fréquences pour décrire les caractéristiques de la population étudiée. Les visites aux services de santé ont été traitées comme une variable continue et les résultats sont présentés sous forme du pourcentage de personnes qui ont rendu visite à un service de santé, ainsi que sous forme du nombre moyen de visites. Nous avons calculé le ratio du nombre de suicidés au nombre de non-suicidés. Nous nous sommes servis des intervalles de confiance pour déterminer les écarts significatifs entre les groupes. Nous avons estimé par régression logistique les rapports de cotes reliant l'exposition aux services de santé, les caractéristiques sociodémographiques et la situation de cas (suicidé) ou de témoin (non-suicidé).

Le modèle de régression que nous avons élaboré comprenait des variables

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des suicidés et des non-suicidés, population de 25 à 64 ans inscrite pour recevoir des services de santé, Alberta, 2002-2003 à 2005-2006

	Suicidés				Non-suicidés[†]				
			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %		Ratio suicidés/ non-suicidés
	Nombre	%	de	à	Nombre	%	de	à	
Total	**854**	**100,0**	...	...	**1 752 323**	**100,0**	...	...	...
Sexe									
Femmes	228	26,7	23,7	29,7	871 873	49,8	49,7	49,8	0,5
Hommes	626	73,3	70,3	76,3	880 450	50,2	50,2	50,3	1,5
Groupe d'âge									
25 à 34 ans	167	19,6	16,9	22,2	453 748	25,9	25,8	26,0	0,8
35 à 44 ans	288	33,7	30,6	36,9	504 398	28,8	28,7	28,9	1,2
45 à 54 ans	265	31,0	27,9	34,1	489 595	27,9	27,9	28,0	1,1
55 à 64 ans	134	15,7	13,3	18,1	304 582	17,4	17,3	17,4	0,9
Région sociosanitaire									
South/East Central	80	9,4	7,4	11,3	184 484	10,5	10,5	10,6	0,9
Calgary	261	30,6	27,5	33,7	663 138	37,8	37,8	37,9	0,8
David Thompson	91	10,7	8,6	12,7	152 006	8,7	8,6	8,7	1,2
Capital	295	34,5	31,4	37,7	553 306	31,6	31,5	31,6	1,1
Aspen/Peace Country	112	13,1	10,9	15,4	160 324	9,1	9,1	9,2	1,4
Northern Lights	12	1,4	0,6	2,2	39 009	2,2	2,2	2,2	0,6
Données manquantes	3	0,4	...	...	56	0,0	...	...	...
Catégorie de subvention de la prime d'assurance-soins de santé de l'Alberta									
Pas de subvention	591	69,2	66,1	72,3	1 465 092	83,6	83,6	83,7	0,8
Subvention	72	8,4	6,6	10,3	177 820	10,1	10,1	10,2	0,8
Premières Nations	71	8,3	6,5	10,2	55 162	3,1	3,1	3,2	2,6
Aide sociale	120	14,1	11,7	16,4	54 249	3,1	3,1	3,1	4,5

† exercice 2004-2005
... n'ayant pas lieu de figurer
Sources : Alberta Health Care Insurance Plan Population Registry, Alberta Health and Wellness Death Database.

sociodémographiques (sexe, groupe d'âge, région de résidence, catégorie de subvention de la prime d'assurance-soins de santé) et des mesures de l'utilisation des services de santé (visites chez le médecin, visites au service d'urgence, sorties de l'hôpital, visites à un service de santé mentale communautaire). Les dénombrements de services ont été groupés pour faciliter l'interprétation. Les visites associées au diagnostic de trouble anxieux/stress, de dépression ou de trouble lié à la consommation de psychotropes ont été incluses sous forme de variables dichotomiques; ont également été incluses les variables de visite chez un psychiatre et de visite au service d'urgence associées à un diagnostic de blessure auto-infligée intentionnelle. La statistique c, qui mesure le pouvoir discriminant de l'équation logistique, était égale à 67,8 %. Les analyses ont été effectuées au moyen du logiciel SAS® (version 9.1).

Résultats

Hommes, âge moyen, aide sociale

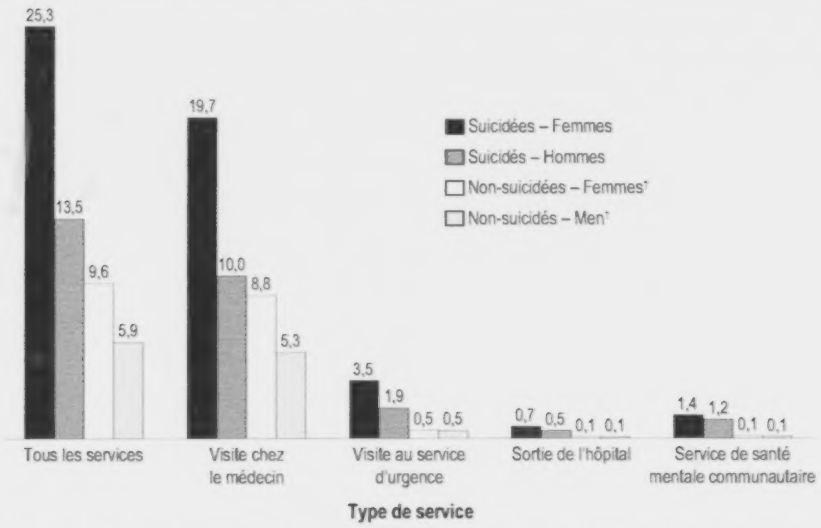
Les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui se sont suicidées et de celles qui ne l'ont pas fait diffèrent considérablement (tableau 1). Environ les trois quarts (73 %) des suicides ont été commis par des hommes, alors que le ratio hommes-femmes chez les non-suicidés était presque de 1 pour 1. Près des deux tiers (65 %) des suicidés étaient âgés de 35 à 54 ans, comparativement à 57 % des non-suicidés. Les suicidés étaient moins susceptibles que les non-suicidés de résider dans la région de Calgary, mais plus susceptibles d'habiter les régions d'Aspen et de Peace Country (au nord d'Edmonton). Comparativement aux personnes ne s'étant pas suicidées, les suicidés étaient plus susceptibles d'appartenir aux Premières Nations (Indiens inscrits) ou d'avoir bénéficié de l'aide sociale.

Utilisation des services de santé

Des proportions comparables de suicidés (86 %) et de non-suicidés (84 %) avaient rendu au moins une visite à un médecin l'année précédente. Toutefois, les suicidés étaient nettement plus susceptibles que les non-suicidés de s'être rendus au service d'urgence (58 % contre 22 %), de compter une sortie de l'hôpital (28 % contre 6 %), ou d'avoir rendu visite à un service de santé mentale communautaire (8 % contre 1 %) (données non présentées). Tant chez les suicidés que chez les non-suicidés, une plus forte proportion de femmes que d'hommes avaient eu accès à des services de santé (suicidés : 96 % contre 87 %; non-suicidés : 92 % contre 80 %) (données non présentées). Chez les personnes qui se sont suicidées, 99 % des membres des Premières Nations et 98 % des bénéficiaires de l'aide sociale avaient reçu un service de santé l'année avant leur décès.

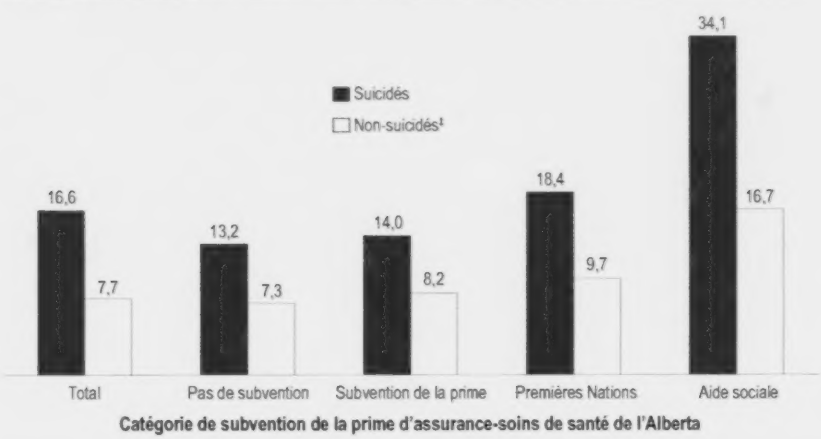
Dans l'ensemble, le nombre par personne de visites à un service de santé était, en moyenne, plus de deux fois plus élevé chez les suicidés que chez les non-suicidés (16,6 contre 7,7) (figure 1). Bien que la fréquence des visites soit plus faible, la différence d'utilisation des services entre les groupes était la plus évidente pour les services autres que les visites chez le médecin, les suicidés comptant en moyenne cinq fois plus de visites au service d'urgence, six fois plus de sorties de l'hôpital et douze fois plus de visites à un service de santé mentale communautaire. Dans les deux groupes, le nombre de visites à un service de santé était sensiblement plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Figure 1
Nombre moyen de visites à un service de soins de santé l'année précédente chez les suicidés et les non-suicidés, selon le sexe et le type de service, population de 25 à 64 ans inscrite pour recevoir des services de santé, Alberta, 2002-2003 à 2005-2006



† exercice 2004-2005
Sources : Alberta Health Care Insurance Plan Population Registry, Alberta Health and Wellness Death Database, Alberta Health and Wellness Physician Claims files, Alberta Ambulatory Care Classification System, Alberta Health and Wellness Inpatient Hospital files, Alberta Mental Health Board.

Figure 2
Nombre moyen de visites à un service de soins de santé[†] l'année précédente chez les suicidés et les non-suicidés, selon la catégorie de subvention de la prime d'assurance-soins de santé de l'Alberta, population de 25 à 64 ans inscrite pour recevoir des services de santé, Alberta, 2002-2003 à 2005-2006



† visites chez un médecin, visites à un service d'urgence, sorties de l'hôpital et visites à un service de santé mentale communautaire
‡ exercice 2004-2005
Sources : Alberta Health Care Insurance Plan Population Registry, Alberta Health and Wellness Death Database, Alberta Health and Wellness Physician Claims files, Alberta Ambulatory Care Classification System, Alberta Health and Wellness Inpatient Hospital files, Alberta Mental Health Board.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- La prise de contact avec les services de soins psychiatriques et de soins primaires est fréquente pendant la période qui précède le suicide.
- La maladie mentale, particulièrement le trouble dépressif, est un prédicteur important du suicide.
- La plupart des études qui se sont appuyées sur des données administratives pour examiner l'utilisation des soins de santé avant le suicide étaient limitées à un seul type de contact, et peu d'entre elles présentaient des renseignements sur les contacts avec les services de santé prodigués dans différents contextes.

Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude fournit des renseignements diagnostiques détaillés provenant de diverses bases de données administratives et utilise un groupe témoin (ensemble de la population albertaine qui ne s'est pas suicidée).
- Près de 90 % des suicidés ont reçu un service de santé durant l'année qui a précédé leur décès.
- Les groupes considérés comme courant le risque de ne pas avoir accès aux services de santé utilisaient, en fait, plus fréquemment, ces services.
- Chez les personnes ayant reçu un diagnostic de dépression, les suicidés étaient considérablement plus susceptibles que les non-suicidés d'avoir reçu le diagnostic durant une visite au service d'urgence, une hospitalisation ou une visite à un service de santé mentale communautaire.
- Près de 60 % des suicidés avaient effectué une visite à un service d'urgence l'année qui a précédé leur décès.

Tableau 2
Nombre moyen de visites à un service de soins de santé l'année précédente chez les suicidés et les non-suicidés, selon le type de service et le chapitre de codes de diagnostic de la CIM, population de 25 à 64 ans inscrite pour recevoir les services de santé, Alberta, 2002-2003 à 2005-2006

	Suicidés[†]					Non-suicidés[‡]					
			Intervalle de confiance à 95 %					Intervalle de confiance à 95 %			
Chapitre de la CIM	Nombre	Nombre moyen	de	à	Erreur-type	Nombre	Nombre moyen	de	à	Erreur-type	Ratio suicidés/ non-suicidés
Visites à un médecin (CIM-9)											
Total	**10 736**	**12,57**	**11,50**	**13,64**	**0,55**	**12 345 668**	**7,05**	**7,03**	**7,06**	**0,01**	**1,8**
5 Troubles mentaux	4 492	5,26	4,49	6,03	0,39	1 045 061	0,60	0,59	0,60	0,00	8,8
Anxiété/névrose/stress	1 442	1,69	1,23	2,14	0,23	381 658	0,22	0,22	0,22	0,00	7,8
Troubles dépressifs	1 523	1,78	1,47	2,10	0,16	392 380	0,22	0,22	0,23	0,00	8,0
Troubles liés à la consommation de psychotropes	235	0,28	0,19	0,36	0,04	39 241	0,02	0,02	0,02	0,00	12,3
6 Système nerveux et organes des sens	407	0,48	0,32	0,63	0,08	594 806	0,34	0,34	0,34	0,00	1,4
8 Appareil respiratoire	450	0,53	0,45	0,61	0,04	887 828	0,51	0,50	0,51	0,00	1,0
10 Organes génito-urinaires	215	0,25	0,19	0,31	0,03	684 953	0,39	0,39	0,39	0,00	0,6
12 Peau et tissu sous-cutané	318	0,37	0,28	0,46	0,05	521 175	0,30	0,30	0,30	0,00	1,3
13 Système musculosquelettique	1 195	1,40	1,16	1,64	0,12	2 116 594	1,21	1,20	1,21	0,00	1,2
16 Symptômes et signes	1 211	1,42	1,20	1,64	0,11	1 385 894	0,79	0,79	0,79	0,00	1,8
17 Traumatismes et empoisonnements	754	0,88	0,72	1,05	0,08	1 399 248	0,80	0,79	0,80	0,00	1,1
VC Facteurs influant sur l'état de santé	511	0,60	0,45	0,74	0,07	1 559 665	0,89	0,89	0,89	0,00	0,7
Tous les autres chapitres (et cas non codés)	1 183	1,39	1,21	1,57	0,09	2 150 444	1,23	1,22	1,23	0,00	1,1
Visites au service d'urgence (CIM-10)											
Total	**1 968**	**2,30**	**1,85**	**2,76**	**0,23**	**855 770**	**0,49**	**0,49**	**0,49**	**0,00**	**4,7**
V Troubles mentaux et du comportement	485	0,57	0,46	0,67	0,05	36 083	0,02	0,02	0,02	0,00	27,6
Anxiété/névrose/stress	112	0,13	0,09	0,17	0,02	11 258	0,01	0,01	0,01	0,00	20,4
Troubles dépressifs	135	0,16	0,12	0,20	0,02	6 230	0,00	0,00	0,00	0,00	44,5
Troubles liés à la consommation de psychotropes	104	0,12	0,09	0,16	0,02	11 533	0,01	0,01	0,01	0,00	18,5
VI Système nerveux et organes des sens	62	0,07	0,01	0,13	0,03	26 856	0,02	0,01	0,02	0,00	4,7
X Appareil respiratoire	62	0,07	0,05	0,10	0,01	71 936	0,04	0,04	0,04	0,00	1,8
XI Appareil digestif	85	0,10	0,07	0,13	0,02	55 643	0,03	0,03	0,03	0,00	3,1
XII Peau et tissu sous-cutané	57	0,07	0,04	0,09	0,01	28 026	0,02	0,02	0,02	0,00	4,2
XIII Système musculosquelettique	102	0,12	0,08	0,16	0,02	56 947	0,03	0,03	0,03	0,00	3,7
XVIII Symptômes et signes	185	0,22	0,18	0,26	0,02	110 800	0,06	0,06	0,06	0,00	3,4
XIX Traumatismes et empoisonnements	423	0,50	0,43	0,56	0,03	179 922	0,10	0,10	0,10	0,00	4,8
XXI Facteurs influant sur l'état de santé	394	0,46	0,13	0,79	0,17	158 958	0,09	0,09	0,09	0,00	5,1
Tous les autres chapitres	113	0,13	0,10	0,17	0,02	130 599	0,07	0,07	0,08	0,00	1,8
Dossiers de sortie de l'hôpital (CIM-10)											
Total	**452**	**0,53**	**0,45**	**0,61**	**0,04**	**147 507**	**0,08**	**0,08**	**0,08**	**0,00**	**6,3**
II Tumeurs	9	0,01	0,00	0,02	0,00	9 651	0,01	0,01	0,01	0,00	1,9
V Troubles mentaux et du comportement	292	0,34	0,28	0,40	0,03	12 347	0,01	0,01	0,01	0,00	48,5
Anxiété/névrose/stress	42	0,05	0,03	0,06	0,01	1 696	0,00	0,00	0,00	0,00	50,8
Troubles dépressifs	83	0,10	0,07	0,13	0,02	2 802	0,00	0,00	0,00	0,00	60,8
Troubles liés à la consommation de psychotropes	65	0,08	0,05	0,10	0,01	2 750	0,00	0,00	0,00	0,00	48,5
IX Appareil circulatoire	11	0,01	0,00	0,02	0,00	10 427	0,01	0,01	0,01	0,00	2,2
X Appareil respiratoire	17	0,02	0,01	0,03	0,01	6 644	0,00	0,00	0,00	0,00	5,3
XI Appareil digestif	22	0,03	0,01	0,04	0,01	16 128	0,01	0,01	0,01	0,00	2,8
XIV Appareil génito-urinaire	8	0,01	0,00	0,02	0,00	10 480	0,01	0,01	0,01	0,00	1,6
XV Grossesse et accouchement	5	0,01	0,00	0,01	0,00	34 666	0,02	0,02	0,02	0,00	0,3
XIX Traumatismes et empoisonnements	41	0,05	0,03	0,07	0,01	12 424	0,01	0,01	0,01	0,00	6,8
XXI Facteurs influant sur l'état de santé	12	0,01	0,01	0,02	0,00	8 666	0,00	0,00	0,01	0,00	2,8
Tous les autres chapitres	35	0,04	0,02	0,06	0,01	26 074	0,01	0,01	0,02	0,00	2,8

† suicidés N=854. non-suicidés N=1 752 323
‡ exercice 2004-2005

Notes Les demandes de remboursement des médecins émises le même jour, dans le même établissement, avec le même diagnostic et la même spécialité du fournisseur de soins sont regroupées. Sont exclues les visites au service d'urgence et les sorties de l'hôpital le jour du décès.

Sources Alberta Health Care Insurance Plan Population Registry, Alberta Health and Wellness Death Database, Alberta Health and Wellness Physician Claims files, Alberta Ambulatory Care Classification System, Alberta Health and Wellness Inpatient Hospital files.

Tableau 3
Rapports de cotes corrigés reliant certaines caractéristiques aux suicides, population de 25 à 64 ans inscrite pour recevoir des services de santé, Alberta, 2002-2003 à 2005-2006

Effet	Rapport de cotes corrigé	Intervalle de confiance à 95 %		Valeur p de l'effet
		de	à	
Sexe				<0,0001
Femmes[†]	1,00			
Hommes	3,33***	2,84	3,91	
Groupe d'âge				<0,0001
25 à 34 ans	0,61***	0,50	0,74	
35 à 44 ans[†]	1,00			
45 à 54 ans	1,03	0,87	1,21	
55 à 64 ans	0,93	0,75	1,14	
Région sociosanitaire				0,024
South/East Central	0,72**	0,56	0,92	
Calgary	0,89	0,76	1,06	
David Thompson	0,99	0,78	1,26	
Capital[†]	1,00			
Aspen/Peace Country	1,04	0,83	1,31	
Northern Lights	0,52*	0,29	0,93	
Catégorie de subvention de la prime d'assurance-soins de santé de l'Alberta				0,001
Pas de subvention[†]	1,00			
Subvention	1,00	0,78	1,28	
Premières Nations	1,67***	1,28	2,18	
Aide sociale	1,23	0,98	1,54	
Nombre de visites chez le médecin				<0,0001
0 à 1	1,63***	1,34	1,97	
2 à 12[†]	1,00			
13 et plus	0,95	0,79	1,13	
Nombre de visites au service d'urgence				<0,0001
0[†]	1,00			
1	2,25***	1,86	2,72	
2 et plus	3,28***	2,69	4,00	
Sorties de l'hôpital[‡]	1,56***	1,28	1,90	<0,0001
Visites à un service de santé mentale communautaire[‡]	1,23	0,93	1,62	0,142
Visites avec diagnostic d'anxiété/de stress[‡]	1,82***	1,52	2,17	<0,0001
Visites avec diagnostic de dépression[‡]	3,27***	2,71	3,95	<0,0001
Visites avec troubles liés à des psychotropes[‡]	1,88***	1,50	2,35	<0,0001
Visites chez le psychiatre[‡]	3,20***	2,59	3,94	<0,0001
Visites au service d'urgence pour une blessure auto-infligée[‡]	5,25***	3,93	7,00	<0,0001

† catégorie de référence
‡ La catégorie de référence est l'absence de la caractéristique
* valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence (p<0,05)
** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence (p<0,01)
*** valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence (p<0,001)
... n'ayant pas lieu de figurer
Sources : Alberta Health Care Insurance Plan Population Registry, Alberta Health and Wellness Death Database, Alberta Health and Wellness Physician Claims files, Alberta Ambulatory Care Classification System, Alberta Health and Wellness Inpatient Hospital files, Alberta Mental Health Board.

Des différences importantes d'utilisation des services de santé se dégagent en fonction de la catégorie de subvention de la prime d'assurance-soins de santé. Dans chaque catégorie, le nombre moyen de visites était approximativement deux fois plus élevé pour les suicidés que pour les non-suicidés (figure 2). Les suicidés qui avaient bénéficié de l'aide sociale comptaient 34 visites en moyenne, soit près de deux fois le nombre observé pour la catégorie de subvention suivante la plus proche, celle des Premières Nations, qui comptaient en moyenne 18 visites.

Diagnostics

Les visites à un service de soins de santé associées à un diagnostic de trouble mental sont particulièrement nombreuses chez les suicidés pour lesquels le nombre de visites à un service d'urgence par personne était, en moyenne, 28 fois plus élevé, et le nombre d'hospitalisations par personne, près de 50 fois plus élevé que chez les personnes ne s'étant pas suicidées (tableau 2).

Tant chez les suicidés que les non-suicidés, la dépression et l'anxiété/le stress étaient les diagnostics de trouble mental pour lesquels le nombre moyen de visites était le plus élevé. Toutefois, le nombre de sorties de l'hôpital liées à un diagnostic de dépression était, en moyenne, plus de 60 fois plus élevé chez les suicidés que chez les non-suicidés. Les visites pour lesquelles était enregistré un diagnostic de trouble lié à la consommation de psychotropes étaient assez peu nombreuses, mais dans l'ensemble, les suicidés avaient effectué en moyenne 15 fois plus de visites de ce genre que les non-suicidés.

Un nombre considérable de visites au service d'urgence faites par les personnes qui se sont suicidées était attribuable à un traumatisme et à l'empoisonnement. Le pourcentage de suicidés était appréciablement plus élevé que le pourcentage de non-suicidés dans chaque catégorie de traumatisme (p. ex. agression, empoisonnement, chute). Le diagnostic de blessure auto-infligée intentionnelle était le diagnostic de blessure liée à une visite au service d'urgence enregistré pour le pourcentage le plus élevé de suicidés (8,4 %), mais le pourcentage le plus faible de non-suicidés (0,1 %) (données non présentées).

Analyse de régression logistique

Quand nous avons tenu compte simultanément des effets des variables démographiques, géographiques, socioéconomiques et de type de service,

nous avons dégagé plusieurs fortes associations avec le suicide (tableau 3). La cote exprimant le risque de suicide était plus de trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cette cote était aussi significativement plus faible chez le groupe des 25 à 34 ans que chez celui des 35 à 44 ans. Comparativement aux résidents de la Capital Health Region (région d'Edmonton), ceux qui vivaient dans le sud et l'est de l'Alberta (Chinook, Palliser et East-Central Health Regions) et dans le nord-est éloigné de l'Alberta (Northern Lights Health Region) avaient une faible cote de risque de suicide. Le rapport de cotes était significativement plus élevé pour les membres des Premières Nations que pour les personnes ne recevant pas de subvention de la prime d'assurance-soins de santé.

La cote exprimant le risque de suicide était plus élevée chez les personnes n'ayant fait aucune visite à un médecin ou n'en ayant fait qu'une seule l'année précédente que chez celles qui comptaient de 2 à 12 visites (la fourchette habituelle pour le groupe d'âge étudié). S'être rendu au moins une fois au service d'urgence était fortement associé au suicide, de même que compter au moins une sortie de l'hôpital. Les visites à un service de santé mentale communautaire n'étaient pas associées de manière significative au suicide.

Les trois diagnostics de trouble mental inclus dans le modèle étaient associés significativement au suicide, particulièrement à la dépression. Avoir rendu visite à un psychiatre était également un facteur fortement associé au suicide. La cote exprimant le risque de suicide chez les personnes ayant fait une visite à un service d'urgence liée à un diagnostic de blessure auto-infligée intentionnelle était cinq fois plus élevée que chez les personnes n'ayant pas fait cette expérience.

Discussion

Le but de la présente étude était de déterminer si les personnes qui se suicident en Alberta présentent des facteurs de risque particuliers ou des profils d'utilisation des soins de santé distincts dont on pourrait tenir compte dans les efforts de prévention du suicide. Les résultats d'études antérieures au sujet de la fréquence des contacts avec les services de santé et l'importance de la maladie mentale en tant que prédicteur du suicide ont été corroborés. Comme prévu, les caractéristiques démographiques des suicidés différaient de celles des non-suicidés. C'est chez les hommes d'âge moyen que la prévalence du suicide était la plus élevée[15].

La plupart des études à grande échelle sur le suicide qui comprennent une mesure du revenu sont écologiques[16]. Par contre, notre analyse a été renforcée par l'ajout d'une variable indirecte de statut socioéconomique au niveau individuel, ce qui est rare dans les études à grande échelle fondées sur des données administratives. Nous avons également pu identifier les membres des Premières Nations et ils représentaient une part plus importante de la population de suicidés que de la population générale[14,17,18]. Un résultat partiellement inattendu était que les bénéficiaires de l'aide sociale (les non-membres des Premières Nations) représentaient une part encore plus importante des suicidés.

Globalement, près de 90 % des suicidés avaient été en contact avec les services de santé durant l'année qui a précédé leur décès; 86 % avaient rendu visite à un médecin, chiffre qui dépasse les 76 % signalés dans une revue de 40 études sur le suicide réalisée par Luoma et coll.[1].

Contrairement à d'autres travaux de recherche[6,19], la présente analyse révèle que des groupes considérés comme étant à risque de ne pas avoir accès aux services de santé étaient, en fait, parmi les plus grands utilisateurs de ces services. Or, dans la présente étude de la mort par suicide, presque tous ceux qui étaient membres des Premières Nations (99 %) et tous ceux qui bénéficiaient de l'aide sociale (98 %) avaient eu un contact avec les services de santé durant l'année qui a précédé leur décès. Le nombre moyen de visites était de 18 pour les suicidés qui étaient membres des Premières Nations et de 34 pour ceux qui étaient bénéficiaires de l'aide sociale.

L'utilisation des services de santé chez les personnes qui se sont suicidées semble avoir été dictée en grande partie par des troubles mentaux : 60 % des suicidés, comparativement à 18 % des non-suicidés, comptaient une visite pour obtenir des soins de santé associée à un diagnostic de trouble mental l'année qui a précédé le décès. Par contre, le pourcentage de suicidés chez lesquels avaient été diagnostiqués des troubles liés à la consommation de substances psychotropes était faible, comparativement aux données d'autres études[20-22]. Ainsi, selon la revue d'études par autopsie psychologique de Tanney, le taux médian de suicides associés à un diagnostic de toxicomanie était de 41 %[20]. Une explication possible de cette différence est qu'en Alberta, de nombreux programmes de traitement de la toxicomanie étaient administrés par l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC), dont les données n'ont pas été incluses dans la présente étude. En outre, comme le modèle de l'autopsie psychologique peut refléter des cas de suicide qui n'ont pas reçu de services de santé, les études de ce genre sont forcément plus sensibles aux conditions sous-jacentes que ne le sont les données administratives[11].

Étant donné la prévalence élevée des troubles mentaux traités chez les suicidés, un meilleur groupe témoin que *tous* les non-suicidés pourrait être les non-suicidés *ayant un trouble mental*. Cependant, dans les analyses limitées aux suicidés et aux non-suicidés ayant reçu un diagnostic de dépression durant l'année qui a précédé le décès, les différences persistaient. La plupart des suicidés ayant reçu un diagnostic de dépression étaient des hommes, tandis que la plupart des non-suicidés ayant reçu ce diagnostic étaient des femmes. Bien que l'utilisation des services chez les deux groupes varie considérablement selon le sexe, les différences entre les hommes et les femmes étaient néanmoins plus faibles que celles entre les suicidés et les non-suicidés. Chez presque tous les

non-suicidés, le diagnostic de dépression avait été posé au cours de visites chez un médecin; chez les suicidés, par contre, le diagnostic était considérablement plus susceptible d'être lié à une visite au service d'urgence, à une hospitalisation ou à une visite à un service de santé mentale communautaire.

Dans la présente étude, près de 60 % des suicidés avait fait une visite à un service d'urgence l'année qui a précédé leur décès, proportion nettement supérieure aux 39 % signalés par Gairin et coll. au Royaume-Uni[23] (une part de la différence reflète évidemment les différences entre les systèmes de santé). L'analyse de régression entreprise dans la présente étude a confirmé la forte association entre les visites au service d'urgence et le suicide subséquent.

Limites

Les données d'AHW sont recueillies à des fins administratives, ce qui doit être pris en considération lorsqu'on interprète les résultats de l'analyse.

Le pourcentage de la population comptant une visite à un service de santé liée à un diagnostic de santé mentale pourrait être plus élevé que ne l'indique la présente analyse, mais à cause de réserves quant à la qualité des données, l'information provenant de l'Alberta Mental Health Board a été limitée aux services de santé mentale communautaires. En outre, pour les visites chez le médecin, le codage du diagnostic a tendance à ne pas être aussi spécifique que pour les diagnostics figurant dans les dossiers de visite au service d'urgence ou de sortie de l'hôpital.

Conclusion

Près de 90 % des personnes qui se sont suicidées en Alberta avaient reçu un service de santé l'année qui a précédé leur décès et elles avaient effectué, en moyenne, 17 visites à un service de santé. Alors que la grande majorité des personnes qui se sont suicidées ont vu un médecin généraliste l'année qui a précédé leur décès, les différences de ratio les plus importantes entre les suicidés et les non-suicidés en ce qui concerne les contacts avec les services de santé étaient celles observées pour les services autres que les visites chez un médecin.

Références

1. J.B. Luoma, C.E. Martin et J.L. Pearson, « Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence », *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 2002, p. 909-916.
2. S. Langlois et P. Morrison, « Suicides et tentatives de suicide », *Tendances sociales canadiennes* (Statistique Canada, nº 11-008 au catalogue), 66 (automne), 2002, p. 23-29.
3. N. Edwards, R. Alaghehbandan, D. MacDonald *et al.*, « Suicide in Newfoundland and Labrador: A linkage study using medical examiner and vital statistics data », *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 2008, p. 252-259.
4. C.M. Chang, S.C. Liao, H.C. Chiang *et al.*, « Gender differences in healthcare service utilization 1 year before suicide: national record linkage study », *British Journal of Psychiatry*, 195, 2009, p. 459-460.
5. M. Goldacre, V. Seagroatt et K. Hawton, « Suicide after discharge from psychiatric inpatient care », *Lancet*, 342, 1993, p. 283-286.
6. C.A. Vassilas et H.G. Morgan, « General practitioners' contact with victims of suicide », *British Medical Journal*, 307, 1993, p. 300-301.
7. J. Pirkis et P. Burgess, « Suicide and recency of health care contacts – A systematic review », *British Journal of Psychiatry*, 173, 1998, p. 462-474.
8. E. Deisenhammer, M. Huber, G. Kemmler *et al.*, « Suicide victims' contacts with physicians during the year before death », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 2007, p. 480-485.
9. Statistique Canada, *Principales causes de décès, population totale, selon le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel*, Tableau CANSIM 102-0563, Ottawa, 2008, disponible à l'adresse http://cansim2.statcan.gc.ca (consulté le 19 février 2010).
10. L.C. Hydén, « Care utilization and the incidence of suicide: Suicide cases contacts with primary health care and psychiatry in six psychiatric districts in the County of Stockholm from 1979-1990 », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 1996, p. 442-446.
11. U.A. Andersen, M. Andersen, J.U. Rosholm et L.F. Gram, « Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 2000, p. 126-134.
12. Alberta Health and Wellness, *Death Database*, disponible à l'adresse M:\HealthSurveillance\Stats Data\Vital deth8307.dbf (consulté le 5 décembre 2008).
13. Alberta Health and Wellness, *Data Disclosure Handbook — Part VI: Data Resources at Alberta Health and Wellness*, Edmonton, Alberta, Alberta Health and Wellness, 2003.
14. F. Wang, S. Gabos, A. Mackenzie *et al.*, *The socioeconomic status marker from administrative data: is it accurate?*, International Epidemiological Association, XVI World Congress of Epidemiology, Montréal, 18-22 août, 2002.
15. Alberta Mental Health Board, *A Call to Action: The Alberta Suicide Prevention Strategy*, Edmonton, Alberta, Alberta Health Services, 2005, disponible à l'adresse http://www.amhb.ab.ca/Publications/reports/Pages/SuicidePrevention.aspx (consulté le 17 décembre 2008).
16. F. Trovato, « An ecological analysis of suicide: Canadian CMAs », *International Review of Modern Sociology*, 22, 1992, p. 57-72.
17. United States Department of Health and Human Services, *The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide*, Washington, D.C., 1999, disponible à l'adresse http://www.surgeongeneral.gov/library/calltoaction/default.htm (consulté le 17 décembre 2008).
18. Centre for Suicide Prevention, *Suicide among Canada's Aboriginal Peoples*, SIEC Alert #52, Calgary, Alberta, 2003, disponible à l'adresse http://www.suicideinfo.ca/csp/assets/Alert52.pdf (consulté le 25 février 2009).
19. C.N. Mock, D.C. Grossman, D. Mulder *et al.*, « Health care utilization as a marker for suicidal behaviour on an American Indian Reservation », *Journal of General Internal Medicine*, 11, 1996, p. 519-524.
20. B.L. Tanney, « Psychiatric diagnoses and suicidal acts », dans R.W. Maris, A.L. Berman et M.M. Silverman, sous la direction de, *Comprehensive Textbook of Suicidology*, New York, The Guildford Press, 2000, p. 311-314.
21. A. Lesage, M. Séguin, A. Guy *et al.*, « Systematic services audit of consecutive suicides in New Brunswick: The case for coordinating specialist mental health and addiction services », *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 2008, p. 671-678.
22. A.G. Wang et T. Stora, « Core features of suicide. Gender, age, alcohol and other putative risk factors in a low-incidence population », *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(2), 2009, p. 154-159.
23. I. Gairin, A. House et D. Owens, « Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study », *British Journal of Psychiatry*, 83, 2003, p. 28-33.